

# Wer kann von Progesteron in der Schwangerschaft profitieren?

## Patientin mit Spontanschwangerschaft ...

### Privatleistung

#### ... hat keine bekannten Risikofaktoren.

- **Keine** exogene Progesterongabe nötig.

#### ... hatte früher schon spontane Frühgeburten.

- Bei Frauen mit **Einlingsschwangerschaft** kann nach vorangegangener spontaner Frühgeburt eine Gabe von **Progesteron** beginnend ab der 16. + 0 Schwangerschaftswoche (SSW) bis zur **36. + 0 SSW erwogen werden** (Konsensusstärke +++).<sup>1</sup>

Vaginal (Kapsel 100–200 mg/d oder Gel 90 mg/d)  
oder oral (200-400 mg/d)<sup>1</sup>

#### ... bei Verdacht auf Abortrisiko

- Bei Frauen mit idiopathischem wiederholtem Spontanabort (WSA) kann eine Therapie mit natürlichem Progesteron oder synthetischem Gestagen bis zur **12. SSW** zur Abortprophylaxe durchgeführt werden.<sup>2</sup>
- Bei Frauen mit WSA in der Anamnese + aktueller vaginaler Blutung sollte eine vaginale Therapie mit mikronisiertem **Progesteron** bis zur **16. SSW** erfolgen (Konsensusstärke +++).<sup>2</sup>

Vaginal, 2 x täglich 400 mg<sup>2</sup>

#### ... bei Frauen mit verkürzter Zervixlänge (vor 24. + 0 SSW: $\leq 25$ mm)

- Frauen mit Einlingsschwangerschaft, deren sonographisch gemessene **Zervixlänge vor 24. + 0 SSW  $\leq 25$  mm** beträgt **sollen** täglich **Progesteron intravaginal bis 36. + 6 SSW** erhalten (Konsensusstärke +++).<sup>1</sup>

Einlingsschwangerschaft:  
Intravaginal täglich 200 mg Kapsel oder 90 mg in Gel<sup>1</sup>

Schwangere mit Einlingsschwangerschaft sollten nach erfolgreicher **Tokolyse** zur Erhaltungsbehandlung kein Progesteron zur Prävention einer Frühgeburt erhalten.<sup>1</sup>

## Patientin nach ART\* (assistierter Reproduktionstherapie)

### Kassenleistung

Vaginale **Progesterongabe 8.–12. SSW** ist weltweit der Standard im Rahmen einer ART.<sup>3</sup> Dies kann helfen, das Abortrisiko nach initial erfolgreicher ART zu minimieren.<sup>4</sup>

Längste zugelassene Anwendungsdauer von **Progesteron** bis zur **12. SSW**.<sup>5</sup> Ab positivem Schwangerschaftstest bis zur **12. SSW** auf Kassenrezept (gemäß § 24 e und § 27 SGB V) bei allen Patientinnen nach ART.\*<sup>6</sup>

Vaginal 600 mg/d<sup>5,7</sup>

\* Patientinnen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und durch eine assistierte Reproduktionstherapie (ART) schwanger wurden.

<sup>1</sup> S2k-Leitlinie Prävention und Therapie der Frühgeburt, AWMF-Registernummer 015–025, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-025.html>. Letzter Zugriff: 25.05.2023. <sup>2</sup> S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten, AWMF-Registernummer 015–050, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-050.html>. Letzter Zugriff: 25.05.2023. <sup>3</sup> Vaisbuch E et al., Luteal-phase support in assisted reproduction treatment: real-life practices reported worldwide by an updated website-based survey. Reproductive BioMedicine Online. 2014; 28(3): 330–335. <sup>4</sup> Broessner AB & Kleinstein J. Endokrine Therapie in der Lutealphase und in der Frühschwangerschaft. Frauenheilkunde up2date 2010; 4(2): 83–94. <sup>5</sup> Fachinformation utrogest® Luteal 200 mg Weichkapseln zur vaginalen Anwendung, Stand: August 2022. <sup>6</sup> Der Privatarzt Gynäkologie. Lutealphasensupport: Verordnung und Erstattung von Progesteron. 2021; 12(1). Sonderdruck. <sup>7</sup> Leitlinie der European Society of Human Reproduction and Embryology, Ovarian Stimulation for IVF/ICSI, Oktober 2019, <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Ovarian-Stimulation-in-IVF-ICSI>. <sup>8</sup> Kuon RJ et al., Pharmacologic actions of progestins to inhibit cervical ripening and prevent delivery depend on their properties, the route of administration, and the vehicle. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2010; 202(5): 455. e9. <sup>9</sup> Luo G et al., Progesterone inhibits basal and TNF-alpha-induced apoptosis in fetal membranes: a novel mechanism to explain progesterone-mediated prevention of preterm birth. Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif.) 2010; 17(6): 532–539. <sup>10</sup> Garfield RE et al., Control and assessment of the uterus and cervix during pregnancy and labour. Human Reproduction Update 1998; 4(5): 673–695. <sup>11</sup> Bjresten K et al., Luteal phase progesterone increases live birth rate after frozen embryo transfer. Fertil. Steril. 2011; 95(2): 534–537.



# Sinnvoller Einsatz von Progesteron in der Schwangerschaft



## Darum sollte Progesteron vollständig über die jeweils empfohlene Anwendungsdauer angewendet werden:

- Erhalt der **zervikalen Festigkeit**: Progesteron vermindert die Kollagen Degradation in der Zervix und wirkt so einer Muttermunderöffnung entgegen<sup>8</sup>
- Progesteron inhibiert die **Apoptose** in den Eihäuten und kann damit einen Blasensprung verhindern<sup>9</sup>
- **Ruhigstellung** der Gebärmutter: Progesteron entfaltet einen direkt tokolytischen Effekt am Myometrium<sup>10</sup>
- **Sicherstellung** einer ausreichenden Progesteronversorgung während des luteoplazentalen Shifts nach ART<sup>11</sup>